医療機器 査定買取のメディレイ

査定は無料です。

FAX送信 ０４－７１３８－５４３４

0120-963-417 営業時間 9:30〜18:30 （土日/祝日定休）

依頼日： 平成 年 月 日

ふりがな お名前	病院・施設名・貴社名
ご住所 〒	電話番号 - -
	携帯番号 - -
	FAX番号 - -

査定ご希望機器 詳細

メーカー名	型式
購入年月/使用年数 年 月 / 年間	製造番号(シリアル番号S/N)
購入時の状況 新品 ・ 中古 ・ リース	取扱説明書の有無 有 ・ 無
構成・オプション・付属品等	
外観の破損・汚れ・傷等	
動作上の問題 無 ・ 有 （どのような症状ですか？: ）	
売却予定時期 年 月頃	

搬出条件

駐車場の有無 有 ・ 無	段差・障害物 無 ・ 有 （詳細: ）
設置フロア 建物 階	エレベーターの有無 有 ・ 無
その他、ご要望・搬出時の注意点等ございましたらお書き下さい。	

※機器の設置状況によっては、下見を行わせていただく場合がございます。